

**Schwangerschaftsverlauf und Geburt nach
vorausgegangener Sectio**

Ronald Höss

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553812_0073

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching
Chefarzt: Professor G. Döring

Schwangerschaftsverlauf und Geburt nach
vorausgegangener Sectio

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
cand.med. Ronald Höss

aus
München

1976

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität
München

Berichterstatter: Prof.Dr.med.C.Döring

Mitberichterstatter: Prof.Dr.med.J.Zander

Dekan: Prof.Dr.med.W.Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 21.12.76



Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	1
I. Indikationen zur primären Sectio und Verlauf der darauffolgenden Geburten	2
Dazugehörige Tabelle I	31
II. Aborte zwischen primärer Sectio und späterer Resectio beziehungsweise Geburt per vaginam	3
Dazugehörige Tabelle II	32
Zeitlicher Abstand zwischen primärer Sectio und nachfolgendem Abort	3
Dazugehörige Ergänzungstabelle zu Tabelle II	33
III. Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf nach vorausgegangener Sectio	4
Dazugehörige Tabelle III	34
IV. Abstand der primären Sectio von der darauffolgenden Resectio beziehungsweise Geburt per vaginam	5
Dazugehörige Tabelle IV	35
V. Schwangerschaftsdauer der durch Resectio beziehungsweise Geburt per vaginam beendeten Schwangerschaft ...	5
Dazugehörige Tabelle V	36
VI. Indikationen zur jetzigen Resectio	6
Dazugehörige Tabelle VI	37
VII. Lage des Feten im Uterus bei den Resectiones beziehungsweise Geburten per vias naturales	6
Dazugehörige Tabelle VII	40
VIII. Dauer der Eröffnungs-, der Austreibungs-, der Nachgeburtsperiode und der gesamten Geburt bei den Geburten per vaginam	7
Dauer der regelmäßigen Wehen bis zur Resectio	8
Primäre Resectiones	8
Dazugehörige Tabelle VIII	41
IX. Einleitung der Geburt bei Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales	8
Dazugehörige Tabelle IX	42
X. Vorzeitiger Blasensprung bei den Resectiones und Geburten per vias naturales	9
Dazugehörige Tabelle X	43
XI. Muttermundsbefund bei den Resectiones	9
Dazugehörige Tabelle XI	44
XII. Besonderheiten im Operationsbericht bei den Resectiones Operative mütterliche Mortalität bei den Resectiones ..	9
Dazugehörige Tabelle XII	45
Abstand der Resectiones mit stiller Uterusruptur von der vorausgegangenen Sectio	10
Dazugehörige Ergänzungstabelle zu Tabelle XII	46

XIII.	Besonderheiten im Operationsbericht bei den	
	Geburten per vias naturales	11
	Portioeinstellungen und manuelle Nachtastungen	11
	Spontangeburt	11
	Operative mütterliche Mortalität bei den Geburten	
	per vaginam	12
	Dazugehörige Tabelle XIII	47
XIV.	Geburtsleitung bei den Vakuum-Extraktionen	12
	Dazugehörige Tabelle XIV	48
XV.	Geburtshilfliche Operationen bei den drei Zwillings-	
	geburt und der Drillingsgeburt	12
	Dazugehörige Tabelle XV	49
XVI.	Uterusexstirpationen und Sterilisationen bei den	
	Geburten durch Resectio	12
	Dazugehörige Tabelle XVI	50
XVII.	Zustand der Neugeborenen:	13
	Gewicht	14
	Länge	14
	Apgar nach einer Minute. Asphyktische Kinder.	14
	Frontal-occipitaler Kopfumfang	14
	Reifegrad	14
	Geschlecht	15
	Frühgeburten	15
	Perinatale Mortalität	15
	Dazugehörige Tabelle XVII	51
XVIII.	Besonderheiten beim Neugeborenen:	15
	Dazugehörige Tabelle XVIII	53
XIX.	Mißbildungen beim Neugeborenen	16
	Dazugehörige Tabelle XIX	54
XX.	Vorzeitige Lösung der Placenta	17
	Placenta praevia	17
	Störungen post partum: Atonie , Placenta adhaerens ,	
	Placenta accreta	17
	Dazugehörige Tabelle XX	55
XXI.	Komplikationen im Wochenbett:	17
	Sekundäre Anämien	17
	Bluttransfusionen	18
	verzögerte Uterusrückbildungen	18
	Wundheilungsstörungen	18
	Endometritiden	18
	Lochialstauungen	18
	Thrombosen, Thrombophlebitiden, Embolien	19
	Varikosis , Hämorrhoiden	19
	Fieber	19
	Infektionen und sonstige Erkrankungen	19
	Postoperative mütterliche Mortalität	21
	Dazugehörige Tabelle XXI	56
XXII.	Liegedauer der Frauen nach Resectio beziehungs-	
	weise Geburt per vias naturales	21
	Dazugehörige Tabelle XXII	58
	Diskussion der Ergebnisse	21
	Zusammenfassung	27
	Literaturverzeichnis	59

Schwangerschaftsverlauf und Geburt nach vorausgegangener
Sectio.

Nach Durchsicht sämtlicher vorhandener Krankengeschichten fanden im Zeitraum von 10 Jahren (Oktober 1965 bis Oktober 1975) in der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung (Leitung: Chefarzt Professor G. Döring) des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching 373 Geburten nach vorausgegangenem Kaiserschnitt statt. 315 Frauen hatten nach der primären Sectio je eine nachfolgende Geburt und 29 Frauen je zwei nachfolgende Geburten. Bei den letztgenannten 29 Frauen schlüsseln sich die Geburten nach Sectio wie folgt auf: 19 Frauen hatten nach der Sectio zwei aufeinanderfolgende Resectiones, drei Frauen nach der Sectio eine Spontangeburt und nachfolgende Resectio, zwei Frauen nach der Sectio eine Resectio mit nachfolgender Vakuum-Extraktion, eine Frau nach der Sectio eine Vakuum-Extraktion mit nachfolgender Resectio, drei Frauen nach der Sectio zwei aufeinanderfolgende Vakuum-Extraktionen und eine Frau nach der Sectio eine Resectio mit nachfolgender Spontangeburt.

Von den 373 Geburten nach Sectio waren 265 Resectiones (71,04%), 108 Geburten (28,96%) fanden per vias naturales statt. Diese 108 Geburten per vaginam unterteilen sich wiederum in 97 Vakuum-Extraktionen, acht Spontangeburt, zwei Geburten mit Manualhilfe bei Beckenendlage (einmal Entwicklung nach Bracht, einmal Müller-sche Armlösung und Entwicklung nach Veit-Smellie) und eine Geburt (von Drillingen), bei der sich mehrere geburtshilfliche Operationen kombinierten: Die Entwicklung des ersten Drillings erfolgte durch Vakuum-Extraktion bei zweiter vorderer Hinterhauptslage, die Entwicklung des zweiten Drillings durch ganze Extraktion mit Müller-scher Armlösung und Veit-Smellie bei Beckenendlage und die Entwicklung des dritten Drillings durch Wendung auf beide Füßchen und ganzer Extraktion und Entwicklung

nach Bracht bei Querlage. Der Übersichtlichkeit halber werden alle Vakuum-Extraktionen, Spontangeburt, Manualhilfen bei Beckenendlage, die Wendung und die ganzen Extraktionen in den beiliegenden Statistiken nicht getrennt, sondern als Sammelrubrik unter "Geburten per vias naturales" geführt.

I: Indikationen zur primären Sectio und Verlauf der darauffolgenden Geburten.

Vergleicht man die Indikationen zur ersten Schnittentbindung jener Frauen mit einer nachfolgenden Resectio mit denen jener Frauen mit einer nachfolgenden Geburt per vaginam, so fällt auf, daß bei den Frauen mit einer späteren Resectio die Indikation "Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken" mit Abstand am häufigsten genannt wurde (28,42% aller Geburten nach Sectio). An zweiter Stelle folgte die Indikation "Drohende Asphyxie" (9,92%) und an dritter Stelle die Indikation "Lage-, Haltungs- oder Einstellungsanomalie" (8,04%). Bei den Frauen mit einer nachfolgenden Geburt per vaginam fanden sich in absteigender Häufigkeit folgende Indikationen zur primären Sectio: Eine "Drohende Asphyxie", eine "Lage-, Haltungs- oder Einstellungsanomalie" (6,16%) und erst an dritter Stelle ein "Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken" (3,76%) .

In 110 Fällen (29,49% aller Geburten nach Sectio) war die Indikation zur primären Sectio und zur nachfolgenden Resectio die Gleiche. Hierbei war wieder die Indikation "Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken" führend (20,90%) vor der Indikation "Lage-, Haltungs- oder Einstellungsanomalie" (3,22%) und der Indikation "Wehenschwäche" (1,88%) . Es ist weiterhin interessant, daß von 120 Sectiones mit der Indikation "Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken" in 14 Fällen (3,76%) nachfolgend eine Geburt per vias naturales möglich war.

Genauere Aufstellung siehe Tabelle I .

II: Aborte zwischen primärer Sectio und darauffolgender durch Resectio beziehungsweise Geburt per vaginam beendeter Schwangerschaft.

In 24 Fällen (6,43%) wurde im vorliegenden Berichtszeitraum eine Gravidität , die zwischen primärer Sectio und späterer Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales lag , mit Abortus zwischen mens II und mens IV beendet . Insgesamt hatten zehn Frauen mit späterer Schwangerschaft , die durch Resectio beendet wurde , in dieser Zwischenzeit 16 Aborte und sieben Frauen mit späterer Geburt per vias naturales 8 Aborte . Diese Aborte schlüsseln sich wie folgt auf:Sechs Frauen mit vorausgegangener Sectio und späterer Resectio hatten jeweils einen Abort in der Zeit zwischen 18 und 38 Monaten nach Sectio , zwei Frauen mit späterer Resectio zwei aufeinanderfolgende Aborte in der Zeit zwischen 36 und 108 Monaten nach Sectio und zwei Frauen mit späterer Resectio drei aufeinanderfolgende Aborte in der Zeit zwischen 12 und 60 Monaten nach der Sectio . Sechs Frauen mit vorausgegangener Sectio und späterer Geburt per vaginam hatten jeweils einen Abort in der Zeit zwischen 12 und 48 Monaten nach der Sectio und eine Frau mit späterer Geburt per vaginam zwei Aborte zwischen 12 und 48 Monaten nach der Sectio . Zusammen hatten also 12 Frauen jeweils einen , drei Frauen jeweils zwei und zwei Frauen jeweils drei Aborte zwischen der primären Sectio und der späteren Schwangerschaft , die durch eine Resectio beziehungsweise eine Geburt auf natürlichem Wege beendet wurde .

In über der Hälfte aller 24 Aborte (66,67% aller Aborte) betrug die Zeit zwischen primärer Sectio und nachfolgendem Abort beziehungsweise nachfolgenden Aborten 36 Monate und weniger . Die größte Häufung aller Aborte (29,17%) findet sich im Zeitraum von 25 bis 36 Mona-

ten nach der Sectio .

Genaue Aufstellung siehe Tabelle II und Ergänzung zu Tabelle II .

III: Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf nach vorausgegangener Sectio.

Bei den Frauen , die durch eine Resectio entbunden wurden , mußte in vier Fällen (1,51% aller Frauen mit Resectio) ein Abortus imminens , in einem Fall (0,38%) ein Spätabortbestreben , in zwölf Fällen (4,53%) ein Frühgeburtsbestreben , in 15 Fällen (5,66%) eine Spätgestose und in sieben Fällen (2,64%) eine Frühgestose stationär behandelt werden .

Bei den Frauen , die auf natürlichem Wege entbunden wurden , war in drei Fällen (2,78% aller Frauen mit Geburt per vaginam) ein vorübergehender Klinikaufenthalt nötig wegen eines Abortus imminens , in fünf Fällen (4,63%) wegen eines Frühgeburtsbestrebens , in sieben Fällen (6,49%) wegen einer Spätgestose und in drei Fällen (2,78%) wegen einer Frühgestose.

Häufigkeit und Art der Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf nach vorausgegangener Sectio scheinen wenig signifikant für das untersuchte Kollektiv zu sein , so daß vermutet werden kann , daß der Schwangerschaftsverlauf nicht wesentlich von dem der Frauen ohne Sectioanamnese abweicht . Auch konnten keine ins Gewicht fallenden Abweichungen hinsichtlich aller Komplikationen zwischen dem Schwangerschaftsverlauf mit anschließender Resectio und dem Schwangerschaftsverlauf mit anschließender Geburt per vias naturales gefunden werden .

Aufstellung sämtlicher Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf siehe Tabelle III .

IV: Abstand der primären Sectio von der darauffolgenden Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales.

Der durchschnittliche Abstand zwischen der primären Sectio und der nachfolgenden Geburt betrug bei den Resectiones 41 Monate und 2 Tage , bei den Geburten per vias naturales 37 Monate und 29 Tage . Obwohl der Abstand zwischen der Sectio und der nachfolgenden Geburt per vaginam um durchschnittlich drei Monate kürzer war als der Abstand zwischen der Sectio und der nachfolgenden Resectio , ist prozentual der Anteil der Frauen , die innerhalb von 24 Monaten eine auf die Sectio folgende Geburt hatten , bei den Resectiones (25,66%) höher als bei den Geburten per vaginam (18,53%) . Der Abstand zwischen der Sectio und der nachfolgenden Resectio beziehungsweise Geburt per vaginam betrug in der Mehrzahl der Fälle jedoch mehr als 24 Monate (74,34% aller Resectiones beziehungsweise 81,47% aller Geburten auf natürlichem Wege) .

Genaue Aufstellung siehe Tabelle IV .

V: Schwangerschaftsdauer der durch Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales beendeten Schwangerschaft.

Die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer betrug bei den Resectiones 279,83 Tage und bei den Geburten per vias naturales 280,15 Tage . Bei Zugrundelegung einer normalen Schwangerschaftsdauer post menstruationem von 280 bis 282 Tagen ist für unser Kollektiv keine wesentliche Abweichung feststellbar : 80,00% aller Resectiones und 74,99% aller Geburten auf natürlichem Wege hatten eine Schwangerschaftsdauer zwischen 271 und 290 Tagen post menstruationem .16,23% aller Frauen mit Resectio und 16,67% aller Frauen mit Geburt per vaginam wie-

sen eine Schwangerschaftsdauer von 270 Tagen und darunter auf . 3,77 Prozent aller Frauen mit Resectio und 7,41 Prozent aller Frauen mit Geburt auf natürlichem Wege hatten eine Schwangerschaftsdauer von mehr als 290 Tagen .

Genaue Aufstellung siehe Tabelle V .

VI: Indikationen zur jetzigen Resectio.

Die weitaus häufigste Indikation (34,70% aller Resectiones) zur erneuten Schnittentbindung war ein "Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken" . Ferner wurden in absteigender Häufigkeit folgende Indikationen zur Resectio aufgeführt: Eine drohende Uterusruptur in 21,88 Prozent aller Resectiones , eine drohende Asphyxie in 9,44 Prozent , eine Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalie in 9,06 Prozent , eine Wehenschwäche in 8,68 Prozent , eine Blutung in 1,89 Prozent und eine Gestose in 0,76 Prozent aller Resectiones . 10,94 Prozent hatten eine in der Tabelle VI unter der Rubrik : Sonstige Indikationen aufgeführte Indikation . Bei sieben Resectiones (2,64%) war keine Indikation eingetragen . Bei 41,51 Prozent aller Resectiones war die Indikation die Gleiche wie zur vorausgegangenen Sectio.

Genaue Aufstellung sämtlicher Indikationen siehe Tabelle VI .

VII: Lage des(r) Feten im Uterus bei den Resectiones beziehungsweise Geburten per vias naturales.

In der Mehrzahl der Fälle war die Lage des(r) Feten im Uterus eine regelrechte: Von den 267 Feten , die durch eine Resectio entwickelt wurden und den 111 Feten, die per vaginam entwickelt wurden , hatten 85,40 Prozent

beziehungsweise 94,60 Prozent eine erste oder zweite vordere Hinterhauptslage . Jedoch zeigten 14,60 Prozent aller Resectio-Kinder und 5,40 Prozent aller Kinder, entwickelt per vaginam, eine Lage-, Haltungs- oder Einstellungsanomalie . Diese schlüsseln sich wie folgt auf: 0,37 Prozent aller Resectio-Kinder zeigten eine Gesichtslage , 0,37 Prozent einen hohen Gerad - stand , 1,87 Prozent eine hintere Hinterhauptslage , 10,87 Prozent eine Beckenendlage und 1,12 Prozent eine Quer- oder Schräglage ; 0,90 Prozent aller Kinder , entwickelt per vias naturales , zeigten eine dorsoposteriore Scheitellage , 0,90 Prozent einen tiefen Quer - stand , 2,70 Prozent eine Beckenendlage und 0,90 Prozent eine Quer- oder Schräglage .

Legt man die Durchschnittswerte der Kindslagen bei normalem Geburtmaterial (nach Kraußold) zugrunde , ergibt sich sowohl für die Feten , entwickelt durch Resectio , wie auch für die Feten , entwickelt per vaginam , eine signifikante Erhöhung der regelwidrigen Lagen und Einstellungen , insbesondere der Beckenendlagen . Bei den Resectiones waren die gesamten Lage- und Einstellungs - anomalien um beinahe das Dreifache höher (14,60%) als bei den Geburten auf natürlichem Wege (5,40%) . Die Becken - endlagen waren bei den Resectiones mit 10,87 Prozent sogar um das Vierfache gegenüber den Geburten per vaginam (2,70%) erhöht !

Genaue Aufstellung siehe Tabelle VII .

VIII: Dauer der Eröffnungsperiode , der Austreibungs - periode, der Nachgeburtsperiode und der gesamten Geburt bei Geburt auf natürlichem Wege . Dauer der regelmäßigen Wehen bis zur Resectio . Primäre Resectiones .

Die durchschnittliche Dauer der Eröffnungsperiode bei der Geburt per vias naturales betrug 5 Stunden und 12 Minu-

ten, die der Austreibungsperiode 12 Minuten und die der Nachgeburtsperiode 9 Minuten. Die durchschnittliche Dauer aller Geburten auf natürlichem Wege betrug 5 Stunden und 33 Minuten. In 57,42 Prozent aller Geburten per vaginam dauerte die Eröffnungsperiode 5 Stunden und darunter, bei 64,82 Prozent dauerte die Austreibungsperiode 10 Minuten und darunter und bei 94,44 Prozent dauerte die Nachgeburtsperiode 15 Minuten und weniger. Die gesamte Geburtsdauer betrug in 50,93 Prozent aller Fälle mehr als 5 Stunden.

Die durchschnittliche Dauer der regelmäßigen Wehen bis zur Resectio betrug 2 Stunden und 54,5 Minuten. In 81,50 Prozent aller Resectiones betrug die Dauer der regelmäßigen Wehen bis zur Resectio 5 Stunden und darunter. In 16 Fällen (6,05%) wurde eine primäre Sectio vorgenommen.

Genauere Aufschlüsselung siehe Tabelle VIII .

IX: Einleitung der Geburt bei Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales.

In 160 Fällen (60,38% aller Resectiones) wurde bei der Resectio die Geburt eingeleitet. Dieser hohe Prozentsatz an Einleitungen ist nicht nur auf die Wehenschwäche der Frauen zurückzuführen, sondern auch auf die in diesem Hause übliche prospektive Geburtsleitung nach Bickenbach, bei der oft schon vor dem natürlichen Wehenbeginn absichtlich die Geburt eingeleitet wird. Insgesamt wurde bei 128 Resectiones (48,30%) je einmal, bei 23 Resectiones (8,68%) je zweimal, bei sieben (2,64%) je dreimal und bei zwei (0,76%) je viermal mit 6 VE Syntocinon per infusionem eingeleitet. In 25 Fällen (9,43%) wurde die spontane Wehentätigkeit durch 3 VE Syntocinon per infusionem unterstützt.

In 36 Fällen (33,33% aller Geburten per vaginam) wurde bei den Geburten auf natürlichem Wege eingeleitet. Davon bekamen 24 Frauen (22,22%) je eine und 12 Frauen (11,11%) je zwei Einleitungen mit 6 VE Syntocinon per in-

fusionem . In 30 Fällen (27,78%) wurde die spontane Wehenhätigkeit durch 3 VE Syntocinon per infusionem unterstützt .

Genaue Aufstellung siehe Tabelle IX .

X: Vorzeitiger Blasensprung bei den Resectiones und Geburten per vias naturales.

27 Frauen (10,19%) mit einer Resectio und 10 Frauen (9,26% aller Geburten per vaginam) mit einer Geburt auf natürlichem Wege hatten einen vorzeitigen Blasensprung zwischen der 33. und 41. Schwangerschaftswoche. Die meisten vorzeitigen Blasensprünge (44,44% aller vorzeitigen Blasensprünge bei den Resectiones und 60,00% aller vorzeitigen Blasensprünge bei den Geburten per vaginam) ereigneten sich in der 39. und 40. Schwangerschaftswoche .

Genaue Aufstellung siehe Tabelle X .

XI: Muttermundsbefund bei der Resectio.

In 124 Fällen (46,80% aller Resectiones) ergab der Muttermundsbefund vor der Resectio 2 Zentimeter und weniger , in neuen Fällen (3,39%) wurde bei geschlossenem Muttermund eine Resectio vorgenommen . Eine dieser neun Frauen hatte dann im Wochenbett eine fieberhafte Lochialstauung .

Genaue Aufstellung siehe Tabelle XI .

XII: Besonderheiten im Operations-Bericht bei den Geburten durch Resectio. Operative mütterliche Mortalität.

Bei 27 Geburten durch Resectio (10,20% aller Resectiones) wurde eine stille Uterusruptur festgestellt . Alle ereigneten sich in der alten zervikalen Querschnitts-

narbe und ausschließlich unter Weheneinfluß . 22 der 27 Uterusrupturen wurden vor Resectiobeginn vermutet und bildeten die Indikation zur Resectio ("drohende Narbenruptur" beziehungsweise " drohende Narbendehiszenz") . Die restlichen fünf Rupturen wurden zufällig während der Resectio entdeckt . Eine der stillen Rupturen war eine komplette: Das Kind befand sich bereits in der Bauchhöhle , Mutter und Kind konnten jedoch gerettet werden . Eine Narbenruptur am wehenlosen Uterus , die schon in frühen Schwangerschaftsmonaten auftreten kann , kam in unserem Krankengut nicht vor .

Bei 81,49 Prozent aller Resectiones mit stiller Uterusruptur betrug der zeitliche Abstand zwischen Sectio und Resectio zwischen 12 und 48 Monate, bei über der Hälfte aller Resectiones mit Uterusruptur (51,85% aller Resectiones mit Ruptur) zwischen 12 und 36 Monate .

Bei acht Resectiones (3,02%) wurde die Blase lädiert und mußte operativ versorgt werden . In 19 Fällen (7,16%) riß die alte Sectionnarbe während der Resectio weiter ein und mußte entsprechend genäht werden . Bei einer Resectio (0,38%) wurde dem Kind mit dem Skalpell in die Kopfhaut geschnitten , da die Uterusvorderwand papierdünn war ; der Schnitt blieb jedoch ohne größere Folgen. Bei 23 Resectiones (8,68%) kam es zu einer stärkeren Blutung ; in vier dieser Fälle mußte deswegen während der Operation Blut transfundiert werden .

Die operative mütterliche Mortalität betrug bei den Resectiones 0,00 Prozent .

Ausführliche Aufstellung aller Besonderheiten im Operationsbericht und genaue Aufschlüsselung des zeitlichen Abstandes der Resectiones mit Ruptur von der vorausgegangenen Sectio siehe Tabelle XII und Ergänzung zu Tabelle XII .

NIII: Besonderheiten im Operationsbericht bei den
Geburten per vias naturales . Portio-Einstellungen
und manuelle Nachtastungen . Spontangeburt . Opera-
tive mütterliche Mortalität.

Bei den Geburten per vias naturales wurde keine einzige Uterusruptur gesehen . Hierzu ist jedoch zu vermerken , daß in diesem Hause der Uterus nicht grundsätzlich nach erfolgter Geburt per vaginam ausgetastet wird, sondern nur nach strenger Indikationsstellung(meistens wegen eventuellen Placentaresten) .

Bei acht Geburten per vias naturales (7,41% aller Geburten per vaginam) trat ein Scheidenriß auf , bei vier Geburten (3,70%) ein Zervixriß und bei vier Geburten riß die Episiotomie weiter ein . In zehn Fällen (9,26%) wurde eine Portioeinstellung wegen Verdacht auf Zervixriß vorgenommen .

in 20 Fällen (18,50%)wurde der Uterus manuell ausgetastet: 18 Nachtastungen blieben ohne Befund , bei zwei Nachtastungen wurden kleine Placentarreste festgestellt und entfernt . In der Mehrzahl der Fälle war die Indikation zur Nachtastung ein fraglicher Placentarest und nur in acht Fällen wurde wegen Verdacht auf Narbenruptur (in sieben Fällen wegen großem Kind und in einem Fall wegen alter korporaler Längsschnittnarbe) nachgetastet .

Bei den beiden Beckenendlagen wurde in einem Fall eine Manualhilfe nach Bracht vorgenommen , bei der zweiten Beckenendlage kam es nach Bracht-Versuch zur Müller - schen Armlösung und Entwicklung nach Veit-Smellie .

Insgesamt ereigneten sich acht Spontangeburt (7,41% aller Geburten per vaginam) : Sechs Spontangeburt aus erster vorderer Hinterhauptslage und zwei aus zweiter vorderer Hinterhauptslage .

Die operative mütterliche Mortalität betrug bei allen Geburten auf natürlichem Wege 0,00 Prozent ;

Ausführliche Aufstellung aller Besonderheiten im Operationsbericht siehe Tabelle XIII .

KIV: Geburtsleitung bei den Vakuum-Extraktionen .

85,57 Prozent aller Vakuum-Extraktionen erfolgten vom Beckenboden aus . Bei 96,91 Prozent aller Vakuum-Extraktionen wurde die Saugglocke Nr.5 benützt . Der kindliche Kopf wurde in über der Hälfte aller Fälle (61,86% aller Vakuum-Extraktionen) in einer wehensynchronen Traktion entwickelt . In einem Fall riß die Glocke ab und es mußte neu begonnen werden .

Genaue Aufschlüsselung der Geburtsleitung bei den Vakuum-Extraktionen siehe Tabelle XIV .

XV: Geburtshilfliche Operationen bei den drei Zwillingsgeburten und der Drillingsgeburt .

Die geburtshilflichen Operationen bei den Mehrlingsgeburten sind der Tabelle XV zu entnehmen .

Bei der zweiten Zwillingsgeburt durch Resectio wurde eine monoamniotische , monochorische Placenta mit echter Verknotung der beiden Nabelschnüre gesehen .

XVI: Uterusextirpationen und Sterilisationen bei den Geburten durch Resectio.

Nach der Resectio mußte in fünf Fällen (1,89% aller Resectiones) eine Uterusextirpation vorgenommen werden : In drei Fällen (1,13%) wegen eines Uterus myomatosus , in zwei Fällen (0,76%) wegen einer nicht zu nähernden Rißblutung in morschem Gewebe , die bis in die Vagina reichte .Dagegen konnte in allen Fällen mit stiller Uterus-

ruptur der Uterus erhalten werden!

In 120 Fällen (45,28% aller Frauen mit Resectio) wurde eine Sterilisation nach der Resectio vorgenommen . 92 (34,71%) dieser Frauen wurden nach der zweiten Sectio , 28 Frauen (10,57%) nach der dritten Sectio sterilisiert . An Sterilisationsmethoden kamen die nach Irving , nach Labhardt , nach Pommeroy und nach Madlener zur Anwendung . Eine Aufschlüsselung der Sterilisationen nach der Zahl der lebenden Kinder ergab , daß die meisten Sterilisationen nach dem zweiten lebenden Kind erfolgten . Alle bisher genannten Sterilisationen wurden im Rahmen der Resectio durchgeführt . Zwei Frauen jedoch wurden nachträglich sterilisiert: Die Erste sieben Monate nach der zweiten Sectio mit stiller Ruptur und zwei lebenden Kindern , die zweite der beiden Frauen fünf Jahre nach der dritten Sectio mit stiller Ruptur und drei lebenden Kindern . Bei allen Sterilisationen mußte das schriftliche Einverständnis der beiden Ehepartner vorliegen.

Genaue Aufstellung siehe Tabelle XVI .

XVII: Zustand der Neugeborenen:Gewicht,Länge,Apgar nach einer Minute,Kopfumfang frontal-occipital,Reifegrad , Geschlecht,Fruhgeburtenzahl und Zahl der Kinder mit Asphyxiebehandlung.Perinatale Mortalität.Zwillings- und Drillingsgeburten.

Die Anzahl aller Kinder , die durch eine Resectio oder auf natürlichem Wege geboren wurden , betrug 378 . 192 dieser Kinder waren Knaben und 186 waren Mädchen . Insgesamt wurden dreimal Zwillinge (zweimal durch eine Resectio und einmal durch eine Vakuum-Extraktion) und einmal Drillinge (durch eine Vakuum-Extraktion , eine Wendung , eine ganze Extraktion und eine Manualhilfe

bei Beckenendlage) entwickelt . 267 Kinder wurden durch eine Resectio und 111 Kinder per vias naturales entwickelt .

45,69 Prozent aller Resectio-Kinder und 47,75 Prozent aller Kinder , die per vaginam entwickelt wurden , wogen 3500 Gramm und mehr . Neun Kinder (3,37%) , die durch eine Resectio entwickelt wurden , und sechs Kinder(5,40%) die per vaginam entwickelt wurden , wogen unter 2500 Gramm und waren Frühgeburten . Unter den letztgenannten sechs Frühgeburten befanden sich auch die drei Drillinge .

Bei der überwiegenden Mehrzahl aller Kinder(85,02 Prozent der Resectio-Kinder und 85,59 Prozent der Kinder, entwickelt per vaginam) wurde eine Länge von 50 Zentimeter und mehr gemessen .

53 (19,85%) der Resectio-Kinder und 12 (10,81%) aller Kinder , die per vaginam entwickelt wurden , hatten einen Apgar (nach einer Minute gemessen) von sieben und weniger: Sie bekamen eine Asphyxiebehandlung . Es fällt auf , daß bei den Resectiones die Asphyxiequote beinahe doppelt so hoch liegt wie bei den Geburten per vias naturales .

Bei über der Hälfte (55,05%) aller Resectio-Kinder betrug der frontale-occipitale Kopfumfang zwischen 36 und 39 Zentimeter , bei über der Hälfte (51,35%) aller Kinder , entwickelt per vaginam , 35 Zentimeter und weniger.

Die meisten aller Resectio-Kinder (87,63%) waren bei ihrer Geburt reif und nur 15 Kinder (5,62%) wurden unreif beziehungsweise nahezu reif geboren . Ähnliches läßt sich von den Kindern feststellen , die per vaginam entwickelt wurden: 82,89 Prozent waren bei ihrer Geburt reif und 10 Kinder (9,00%) unreif beziehungsweise nahezu reif .

Was das Geschlecht aller Kinder betrifft , so überwog sowohl bei den Resectiones wie auch bei den Geburten per vaginam das männliche Geschlecht knapp mit 50,19 Prozent beziehungsweise 53,25 Prozent .

Insgesamt waren 15 Frühgeburten zu verzeichnen . Alle hatten ein Geburtsgewicht unter 2500 Gramm . Die Frühgeburten waren bei den Geburten per vaginam etwas häufiger (sechs Kinder oder 5,40%) als bei den Resectiones (neun Kinder oder 3,37%) . Zu den Frühgeborenen zählten auch die drei Drillinge .

Alle Kinder , einschließlich der Frühgeburten und Kinder mit einer Asphyxiebehandlung , gediehen unter gezielter Therapie und Überwachung gut . Die ungereinigte perinatale Mortalität betrug sowohl bei den Resectiones als auch bei den Geburten auf natürlichem Wege 0,00 Prozent ;

Genauere Aufschlüsselung des Zustandes der Neugeborenen siehe Tabelle XVII .

XVIII: Besonderheiten beim Neugeborenen , entwickelt durch Resectio oder per vaginam.

Unter den Besonderheiten bei den Kindern , entwickelt durch eine Resectio , wurden eine ausgleichbare Zwangsfußhaltung (4,82%) , ein Ikterus neonatorum (2,96%) , ein Neugeborenen-Exanthem (2,22%) und eine Hyperbilirubinämie (2,22%) häufiger gesehen . Bei den Kindern , die per vaginam entwickelt wurden , traten folgende Besonderheiten häufiger auf: Eine ausgleichbare Zwangsfußhaltung (10,80%) , ein Kephalhämatom (10,80%) , ein Ikterus neonatorum (9,90%) , ein Neugeborenen-Exanthem (3,60%) und eine Hyperbilirubinämie (3,60%) .

Es fällt auf , daß bei den Kindern , die per vaginam entwickelt wurden , die ausgleichbaren Zwangsfußhaltungen mehr als doppel so häufig und ein Ikterus neonatorum mehr

als dreimal so häufig vorkamen wie bei den Kindern , die durch eine Resectio entwickelt wurden . Sämtliche Besonderheiten beim Neugeborenen , mit Ausnahme der bei den Vakuum-Extraktionen gehäuft vorkommenden Kephalthämatome , scheinen für das untersuchte Kollektiv wenig spezifisch zu sein , sodaß wahrscheinlich keine Abweichungen gegenüber den Kindern von Frauen ohne eine Sectioanamnese zu erwarten sind .

Genaue Aufstellung aller Besonderheiten beim Neugeborenen siehe Tabelle XVIII.

XIX: Mißbildungen beim Neugeborenen , entwickelt durch eine Resectio oder per vias naturales .

Bei 3,70 Prozent aller Kinder , die durch eine Resectio entwickelt wurden , und bei 1,80 Prozent der Kinder , die per vaginam geboren wurden , war eine Mißbildung zu verzeichnen . Die Mißbildungsquote liegt somit bei den Resectio-Kindern doppelt so hoch wie bei den Kindern , die auf natürlichem Wege entwickelt wurden . Bei den Resectio-Kindern fanden sich in zwei Fällen ein Klumpfuß , in zwei Fällen ein Kryptorchismus rechts , in einem Fall eine Hypospadie , in einem Fall eine nicht näher bezeichnete Dysplasie , in einem Fall eine kleine Steißbeinfistel und in einem Fall ein Vitium cordis . In jeweils einem Fall wurde der Verdacht auf Transposition der großen Gefäße beziehungsweise auf Mongolismus geäußert . Bei den Kindern , die per vias naturales entwickelt wurden , wurde in einem Fall eine Hypospadie und in einem Fall eine vollkommene Spaltbildung des Gaumens festgestellt .

Genaue Aufstellung der Mißbildungen beim Neugeborenen siehe Tabelle XIX.

XX: Vorzeitige Lösung der Placenta , Placenta praevia und Störungen post partum: Atonie , Placenta adhaerens, Placenta accreta bei Geburten durch Resectio und Geburten per vias naturales .

In einem Fall wurde eine Placenta praevia partialis mit anschließender Resectio wegen starker Blutung gesehen .

Ebenso wurde die Geburt in vier Fällen (1,51% aller Resectiones) wegen vorzeitiger Lösung der Placenta (da - von in zwei Fällen wegen partieller vorzeitiger Lösung) durch eine Resectio beendet .

Bei 11,11 Prozent aller Geburten per vias naturales wurde eine Störung post partum beobachtet : In fünf Fällen (4,63%) mußte eine Placenta adhaerens , in zwei Fällen (1,85%) eine Placenta accreta und in einem Fall (0,93%) die Placenta wegen starker Blutung manuell gelöst werden ; in vier Fällen (3,70%) trat eine Atonie ersten Grades auf (zwei der vier Frauen bekamen deswegen jeweils eine Bluttransfusion) .

Genaue Aufstellung siehe Tabelle XX .

XXI: Komplikationen im Wochenbett: Sekundäre Anämien , Bluttransfusionen , verzögerte Uterusrückbildung , Wundheilungsstörungen , Endometritis , Lochialstauung , Thrombosen , Embolien , Varikosis , Hämorrhoiden , Fieber , Infektionen und sonstige Erkrankungen . Postoperative mütterliche Mortalität.

29,81 Prozent aller Frauen mit einer Resectio und 34,26 Prozent mit einer Geburt per vaginam hatten eine sekundäre Anämie mit Hämoglobin-Werten , die weniger als 12 g% betrugen . Sie bekamen im Wochenbett Eisen - präparate wie "Ferro-Sanol" , "Kendural - C " , usw . 19 (7,17%) dieser Frauen mit einer Resectio und

acht (7,41%) mit einer Geburt auf natürlichem Wege bekamen neben den üblichen Eisenpräparaten zusätzlich eine oder mehrere Bluttransfusionen . Fünf Frauen (1,89%) mußte während der Resectio Blut transfundiert werden, wogegen während der anderen geburtshilflichen Operationen keine Transfusionen gegeben werden mußten .

Bei 13,58 Prozent aller Frauen mit einer Resectio und 12,04 Prozent mit einer Geburt per vias naturales trat eine verzögerte Uterusrückbildung auf . Die Therapie bestand in der Verabreichung von Methergin intramuskulär , Syntocinon 10 VE per infusionem und Syntometrin intramuskulär . Wie auch bei den sekundären Anämien bestand kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit der verzögerten Uterusrückbildungen bei Frauen mit einer Resectio gegenüber Frauen mit einer Geburt per vias naturales .

Bei 6,43 Prozent aller Frauen mit einer Resectio und 2,78 Prozent aller Frauen mit einer Geburt per vaginam war eine Wundheilungsstörung zu verzeichnen . Unter diesen dominierten bei den Frauen mit einer Resectio die Narbenserome . Naturgemäß überwogen bei den Frauen mit einer Resectio die Wundheilungsstörungen .

Eine Endometritis wurde bei den Frauen mit einer Geburt per vaginam in fünf Fällen (4,63%) gesehen , bei den Frauen mit einer Resectio in keinem Fall .

Ein fieberhafter Lochialstau trat bei den Frauen mit einer Resectio in zwei Fällen (0,76%) und bei den Frauen mit einer Geburt auf natürlichem Wege in einem Fall (0,93%) auf . Eine der beiden fieberhaften Lochialstauungen nach der Resectio resultierte daraus , daß bei geschlossenem Muttermund operiert wurde .

Eine Frau (0,38%) entwickelte nach der Resectio eine

Beckenvenenthrombose und drei Frauen (1,11%) nach der Resectio eine Thrombophlebitis am Bein . Diese Komplikationen konnten durch einen Heparin-Tropf und Butazolidin beherrscht werden .Bei den Frauen mit einer Geburt per vaginam kam weder eine Thrombophlebitis noch eine Thrombose vor . Bei allen Frauen mit einer Geburt nach vorausgegangener Sectio wurde keine einzige Embolie gesehen . Die Thrombosen und Thrombophlebitiden , die ausschließlich nach einer Resectio auftraten , mögen ein Hinweis auf die wesentlich höhere Gefährdung der Frauen , die durch eine Resectio entbunden werden , sein.

Während die starken Hämorrhoiden ausschließlich bei den Frauen mit einer Resectio auftraten (0,76% aller Frauen mit Resectio) , zeigten die Frauen mit einer Geburt per vaginam eine dreifach höhere Varikosis-Quote als die Frauen mit einer Resectio (8,33% gegenüber 2,64%) .

12,07 Prozent aller Frauen mit einer Resectio hatten weniger als 39 Grad Fieber , 18,86 Prozent zwischen 39 und 40 Grad Fieber und 1,51 Prozent mehr als 40 Grad Fieber . Insgesamt zeigten also 32,44 Prozent aller Frauen mit einer Resectio ein fieberhaftes Wochenbett . Zehn Frauen (9,26%) mit einer Geburt per vias naturales hatten weniger als 39 Grad Fieber und fünf Frauen (4,63%) zwischen 39 und 40 Grad Fieber . Insgesamt hatten also 15 Frauen (13,89%) nach der Geburt auf natürlichem Wege Fieber im Wochenbett . Es fällt der über doppelt so hohe Prozentsatz an Frauen mit Fieber nach einer Resectio gegenüber den Frauen mit Fieber nach einer Geburt per vaginam auf . Dies mag ein Indikator für die höhere Morbidität nach einer Resectio sein .

Unter den Infektionen und sonstigen Erkrankungen im Wochenbett überwogen die Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege : Bei 12,08 Prozent aller Frauen

mit einer Resectio und 18,52 Prozent aller Frauen mit einer Geburt per vias naturales trat eine solche Erkrankung auf . Das Spektrum reichte von der einfachen Harnwegsinfektion bis zu Pyelitis . Die ernsteste Erkrankung war ein akutes Nierenversagen wegen einer E-H-Gestose mit nachfolgender Resectio .

An sonstigen Erkrankungen im Wochenbett war bei den Frauen mit einer Resectio in zwei Fällen eine Wochenbettpsychose , in zwei Fällen eine Hautallergie , in einem Fall eine motorische obere Armplexusparese links , in einem Fall ein Subileus , in einem Fall ein Morbus Sprue , in einem Fall eine Soorvulvitis , in einem Fall ein LWS-Syndrom , in einem Fall eine Pneumonie und in einem Fall eine Vesiko-Raktalfistel zu verzeichnen . Alle acht während der Resectio aufgetretenen Blasenläsionen wurden im Wochenbett mit einem Blasenkatheter , Blasentee und Antibiotika behandelt .

An sonstigen Infektionen und Erkrankungen im Wochenbett bei den Frauen mit Geburt auf natürlichem Wege traten in zwei Fällen eine Soorvulvitis , in zwei Fällen ein grip-paler Infekt , in einem Fall eine Bronchitis , in einem Fall eine Sinusitis maxillaris , in einem Fall eine Otitis media und in einem Fall eine Herzbeutelentzündung auf .

Was die Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege betrifft , so traten diese bei den Frauen mit einer Geburt per vias naturales insgesamt etwas häufiger auf als bei den Frauen mit einer Resectio (18,52% gegenü-ber 12,08%) . Das Gleiche läßt sich von den Erkrankun-gen im Wochenbett feststellen , die unter der Rubrik : Sonstige Infektionen und Erkrankungen in Tabelle XXI geführt werden (7,42% gegenüber 4,16%) . Insgesamt boten die Infektionen und sonstigen Komplikationen im Wo-chenbett keine Besonderheiten , sodaß angenommen werden

kann , daß keine wesentlichen Unterschiede gegenüber den Krankheiten im Wochenbett von Frauen ohne eine Sectioanamnese bestehen .

In keinem Fall führte irgend eine Erkrankung im Wochenbett zum Tode , die postoperative mütterliche Mortalität betrug 0,00 Prozent .

Genaue Aufstellung aller Komplikationen im Wochenbett siehe Tabelle XXI .

XXII: Liegedauer der Frauen nach der Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales.

Die durchschnittliche Liegedauer der Frauen nach der Resectio betrug 13,18 Tage . Die Mehrzahl aller Frauen (61,51%) mit einer Resectio hatten eine Liegedauer von mehr als 12 Tagen . Die durchschnittliche Liegedauer der Frauen nach einer Geburt auf natürlichem Wege betrug 7,94 Tage . Die meisten dieser Frauen (76,85%) lagen acht Tage und weniger in der Klinik .

Genaue Aufstellung siehe Tabelle XXII .

Diskussion der Ergebnisse.

War es an unserer Klinik in 28,86 Prozent aller Fälle möglich , die Frauen auf natürlichem Wege zu entbinden , so verzeichneten S c h i l l i n g 57,3 Prozent Geburten per vaginam (von 328 Frauen mit Status nach Sectio) , F r a n k e 40,1 Prozent (von 407 Frauen) , H i r d e s und S c h m i d t 54,7 Prozent (von 320 Frauen) , H e r r e 58,1 Prozent (von 172 Frauen) , W a r m 57 Prozent (von 500 Frauen) , H o l l s t e i n 38,4 Prozent (von 164 Frauen) und G o l o b sogar 89,2 Prozent (von 130 Frauen).

Während wir die Geburten auf natürlichem Wege fast

ausnahmslos durch eine Vakuum-Extraktion beendeten (89,81 Prozent) , gab F r a n k e eine Häufigkeit von 3,2 Prozent Vakuum-Extraktionen an , H i r d e s und S c h m i d t eine von 33,1 Prozent , G e l c k eine von 3 Prozent und H e r r e eine von 5,23 Prozent .

S c h i l l i n g und H e r r e lehnten eine Wendungsoperation am durch die Sectionarbe vorbelasteten Uterus grundsätzlich ab , wogegen H o l l s t e i n und G o l o b alle Operationen , auch die Wendung , befürworteten . Auch wir entwickelten in einem Fall ein Kind (dritter Drilling) durch eine Wendung auf beide Füßchen .

F r a n k e und G o l o b stellten fest , daß bei den Frauen , welche bei der primären Sectio die Indikation "Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken" hatten , am häufigsten eine Resectio vorgenommen werden mußte . Zu diesem Ergebnis kamen wir bei unseren Untersuchungen auch . Wie G o l o b weiterhin angab , waren bei über der Hälfte dieser Frauen nachfolgend eine Geburt per vaginam möglich . Wir konnten nur 3,76 Prozent solcher Frauen nachfolgend auf natürlichem Wege entbinden .

F r a n k e nannte eine Abort-Häufigkeit nach der Sectio von 7,8 Prozent , wobei in über 75 Prozent die Zeitspanne zwischen Sectio und Abort knapp neun Monate betrug . Auch bei uns wurde ein ähnlicher Prozentsatz (6,43 Prozent) an Aborten gesehen , aber eine so offensichtliche Beziehung zwischen der Abort-Häufigkeit und der Zeit zwischen erster Sectio und nachfolgendem Abort konnte nicht gefunden werden .

In Übereinstimmung mit F r a n k e , W a r m und H o l l s t e i n kamen wir zu dem Ergebnis , daß der Schwangerschaftsverlauf von Frauen mit vorausgegangener Sectio nicht wesentlich von dem Schwangerschafts-

verlauf der Frauen ohne Sectio-Anamnese abweicht .

Eine gleiche Indikation zur ersten Sectio und darauffolgender Resectio fanden S c h i l l i n g in 55 Prozent der Fälle , H i r d e s und S c h m i d t in 40,7 Prozent , H o l l s t e i n in 55,4 Prozent und G o l o b in 57 Prozent (wir fanden eine Übereinstimmung in 41,5 Prozent) . Als häufigste Indikation zur Resectio nannten die Autoren ein "Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken" , was sich mit unseren Ergebnissen deckt .

Fast alle Autoren sahen in ihrem Untersuchungsgut vermehrt pathologische Kindslagen: F r a n k e bei 8,5 Prozent der Feten , W a r m bei 13,6 Prozent und H o l l s t e i n bei 15,7 Prozent . Dieses Ergebnis konnten wir mit 14,6 Prozent anomaler Kindslagen bei den Resectiones beziehungsweise 5,4 Prozent bei den Geburten per vaginam bestätigen . G o l o b fand regelwidrige Kindslagen in nur 3,1 Prozent .

Während F r a n k e , H e r r e und H o l l s t e i n vor der Gabe von Wehenmitteln warnten , waren sowohl H i r d e s und S c h m i d t als auch G o l o b der Meinung , daß es besser sei , Wehenmittel anzuwenden als das Kind durch eine protrahierte Geburt zu gefährden . Auch wir verfahren bei der Anwendung von Wehenmitteln unter strenger kardioto-kographischer Kontrolle eher großzügig : Bei 9,43 Prozent aller Resectiones und 27,78 Prozent aller Geburten per vaginam wurde die Wehentätigkeit durch eine Dauertropfinfusion mit Syntocinon unterstützt .

Wie S c h i l l i n g , H e r r e und W a r m sahen auch wir einen erhöhten Prozentsatz an Frauen mit Wehenschwäche .

H e r r e fand in seinem Untersuchungsgut die vor -

zeitigen Blasensprünge um das Doppelte (10,46 Prozent) gegenüber dem Normal-Kollektiv erhöht, wogegen W a r m keine Erhöhung feststellen konnte. In unserem Untersuchungsmaterial hatten 10,19 Prozent aller Frauen mit einer Resectio beziehungsweise 9,26 Prozent mit einer Geburt per vaginam einen vorzeitigen Blasensprung.

S c h i l l i n g gab eine Uterusruptur-Häufigkeit von 0,7 Prozent an, F r a n k e eine von 1,4 Prozent, H i r d e s und S c h m i d t eine von 2,9 Prozent, H e r r e eine von 2,91 Prozent und H o l l s t e i n eine von 2,4 Prozent, während sie an unserer Klinik bei 7,24 Prozent lag (10,2 Prozent bei den Resectiones und 0,00 Prozent bei den Geburten per vaginam). Wie auch bei den genannten Autoren waren es ausschließlich stille Rupturen.

G o l o b und H o l l s t e i n (letzterer fand eine stille Ruptur dabei) befürworteten grundsätzlich die manuelle Austastung des Uteruscavums nach erfolgter Geburt per vaginam. In diesem Sinne äußerten sich auch H i r d e s und S c h m i d t sowie F r a n k e (er fand in 1,4 Prozent der Fälle eine stille Ruptur), während H e r r e nur in 7 Prozent aller Geburten per vaginam eine Nachastung angibt. Auch bei uns wurde nur in zweifelhaften Fällen (18,5 Prozent) nachgetastet, eine Ruptur konnte dabei nicht festgestellt werden. In Übereinstimmung mit H e r r e konnten wir keine direkte Abhängigkeit zwischen zeitlichem Abstand der Resectio von der ersten Sectio und der Rupturhäufigkeit finden.

Während F r a n k e für sein Patientengut nur 4,8 Prozent Sterilisationen angab, sterilisierten wir 45,28 Prozent der Frauen anlässlich der Resectio. Wie auch bei F r a n k e mußte das schriftliche Einverständnis

beider Ehepartner vorliegen .

H e r r e führte 1,74 Prozent Uterusextirpationen auf , H o l l s t e i n 0,6 Prozent , H i r d e s und S c h m i d t 3,1 Prozent , wir entfernten den Uterus in 1,89 Prozent der Fälle . Meistens mußte bei den genannten Autoren der Uterus nach einer Ruptur entfernt werden , wogegen wir bei allen Resectiones mit Uterusruptur den Uterus erhalten konnten .

Mit H o l l s t e i n stimmen wir darin überein , daß keine Häufung von Frühgeburten bei Frauen mit vorausgegangener Sectio auftrat (H o l l s t e i n fand 10 Prozent Frühgeburten , im eigenen Material waren es 5,4 Prozent) .

S c h i l l i n g fand den Prozentsatz an manuellen Placentalösungen erhöht (10,7 Prozent) , ebenso F r a n k e (6,9 Prozent) , H e r r e (6 Prozent) und W a r m (8,5 Prozent) , während G o l o b eine solche Erhöhung nicht feststellte . In unserer Klinik mußte in 4,63 Prozent der Geburten per vaginam die Placenta manuell gelöst werden .

Eine Erhöhung der postpartalen Atonie - Häufigkeit verzeichneten folgende Autoren: S c h i l l i n g (7,9 Prozent Atonien nach Geburt per vaginam) , F r a n k e (18,3 Prozent) , H e r r e (9 Prozent) , W a r m (13,8 Prozent) und H o l l s t e i n (6 Prozent) . An unserer Klinik trat in 3,7 Prozent der Geburten per vaginam eine Atonie ersten Grades auf .

H e r r e stellte an signifikanten Komplikationen im Wochenbett lediglich gehäuft verzögerte Uterusrückbildungen (21 Prozent) fest und W a r m vermehrt sekundäre Anämien . H o l l s t e i n fand das

Wochenbett insgesamt unauffällig . Im eigenen Krankengut war die Uterusrückbildung in 13,58 Prozent (bei Frauen mit Resectio) beziehungsweise 12,08 Prozent (bei Frauen mit Geburt per vaginam) verzögert , 29,81 Prozent beziehungsweise 34,26 Prozent der Frauen hatten eine sekundäre Anämie .

Nach W a r m lagen 47,5 Prozent der Frauen mit einer Geburt per vaginam länger als acht Tage im Krankenhaus , während wir zu dem Ergebnis kamen , daß die Mehrzahl unserer Patientinnen (76,85 Prozent) mit einer Geburt auf natürlichem Wege acht Tage und weniger in der Klinik bleiben mußten .

Die ungereinigte mütterliche Mortalität bei den Frauen mit einer Resectio wurde von F r a n k e mit 1,1 Prozent , von H i r d e s und S c h m i d t mit 0,31 Prozent , von G o l o b mit Null Prozent , von H e r r e mit 0,58 Prozent , von W a r m mit 1,32 Prozent und von H o l l s t e i n mit Null Prozent angegeben . Die ungereinigte mütterliche Mortalität bei den Frauen mit einer Geburt per vaginam betrug bei F r a n k e Null Prozent , bei H i r d e s und S c h m i d t Null Prozent , bei G o l o b Null Prozent , bei H e r r e 0,58 Prozent , bei W a r m Null Prozent und bei H o l l s t e i n Null Prozent . Wir verloren sowohl bei den Resectiones als auch bei den Geburten per vaginam keine einzige Mutter .

Die ungereinigte perinatale kindliche Mortalität gab F r a n k e mit 3 Prozent an , H i r d e s mit 2,17 Prozent , G o l o b mit 6,2 Prozent , H e r r e mit 2,6 Prozent , W a r m mit 5,8 Prozent und H o l l s t e i n mit 5,3 Prozent , während sie an unserer Klinik Null Prozent betrug .

Selbstverständlich stimmen wir mit allen bisher genannten Autoren darin überein , daß der aus der anglo - amerikanischen Geburtshilfe stammende Grundsatz " once section , always section " seine absolute Gültigkeit verloren hat , daß Frauen mit einer Sectio-Anamnese während der Schwangerschaft besonders intensiv betreut werden müssen und daß die Geburt ausschließlich in einer Klinik zu erfolgen hat .

Zusammenfassung.

Berichtet wurde über 373 Geburten nach voraus -
gegangener Sectio caesarea im Zeitraum von Okto-
ber 1965 bis Oktober 1975 in der gynäkologisch-
geburtshilflichen Abteilung (Leitung: Chefarzt
Prof. G. Döring) des Städtischen Krankenhauses
München-Harlaching.

71,04 Prozent dieser Geburten waren Resectiones .
Unter den Indikationen zur Resectio nahm die
Indikation "Mißverhältnis zwischen Kopf und
Becken" die erste Stelle ein (34,70%) , gefolgt
von der Indikation "drohende Uterusruptur"
(21,88%) , der Indikation "drohende Asphyxie"
(9,44%) , der Indikation "Lage - Haltungs -
und Einstellungsanomalie" (9,06%) und der Indi-
kation "Wehenschwäche" (8,68%) . In 110 Fällen
(41,51% aller Resectiones) war die Indikation
zur Resectio die gleiche wie zur vorausgegangenen
Sectio .

In 24 Fällen (6,43%) kam es in einer auf die

Sectio folgende Schwangerschaft zu einem Abort .
Zwölf Frauen hatten jeweils einen , drei Frauen
jeweils zwei und zwei Frauen jeweils drei Aborte
in dem Zeitraum zwischen primärer Sectio und spä-
terer durch eine Resectio oder per vaginam beende-
ten Schwangerschaft .

Bei 32 Frauen (8,58% aller Frauen mit Status
nach Sectio) trat im Schwangerschaftsverlauf
eine Gestose auf . Sie mußten vorübergehend sta-
tionär behandelt werden . Bei 22 (5,90%) Frau -
en handelte es sich um eine Spätgestose , bei 10
(2,68%) Frauen um eine Frühgestose . Naturgemäß
unterschied sich der Schwangerschaftsverlauf der
Frauen mit einer anschließenden Resectio im Hin-
blick auf die Gestose-Häufigkeit nur unwesentlich
von dem der Frauen mit einer anschließenden Geburt
per vaginam .

Die durchschnittliche Geburtsdauer aller Geburten
per vias naturales betrug fünf Stunden und 33 Mi-
nuten . Davon dauerte die Eröffnungsperiode durch-
schnittlich fünf Stunden und zwölf Minuten , die
Austreibungsperiode durchschnittlich zwölf Minuten
und die Nachgeburtsperiode durchschnittlich neun
Minuten .

11,90 Prozent aller 378 Kinder , die durch eine
Resectio oder auf natürlichem Wege geboren wurden ,
zeigten eine regelwidrige Lage . Bei den Kindern ,
die durch eine Resectio entwickelt wurden , traten
die Lageanomalien beinahe dreimal so häufig auf
wie bei den Kindern , die per vaginam geboren wur-
den (14,60% gegenüber 5,40%) . Die Beckenendlagen
waren bei den Resectiones sogar um ein Vierfaches
höher als bei den Geburten auf natürlichem We -

ge (10,87% gegenüber 2,70%) .

17,20 Prozent aller Neugeborenen hatten einen Apgar (nach einer Minute gemessen) von sieben und weniger: Sie bekamen eine Asphyxiebehandlung . Dabei lag die Asphyxiequote bei den Kindern , die durch eine Resectio entwickelt wurden , beinahe doppelt so hoch wie bei den Kindern , die per vias naturales geboren wurden (19,85% gegenüber 10,81%) .

3,97 Prozent aller Neugeborenen wogen bei ihrer Geburt unter 2500 Gramm : Sie waren Frühgeburten . Diese wurden bei den Kindern , die per vaginam geboren wurden , etwas häufiger gesehen als bei den Kindern , die durch eine Resectio entwickelt wurden (5,40% gegenüber 3,37%) .

45,69 Prozent aller Resectio-Kinder und 47,75 Prozent aller Kinder , die auf natürlichem Wege geboren wurden, wogen 3500 Gramm und mehr . Zusammen wogen also 46,29 Prozent aller Neugeborenen 3500 Gramm und mehr .

Eine Mißbildung wiesen nach ihrer Geburt 3,18 Prozent aller Neugeborenen auf . Die Mißbildungsquote lag bei den Kindern , die durch eine Resectio entwickelt wurden , etwa doppelt so hoch wie bei den Kindern , die per vias naturales geboren wurden (3,72% gegenüber 1,80%) .

Die perinatale Kindersterblichkeit und die operative und postoperative Müttersterblichkeit betrug sowohl für die Resectiones als auch für die Geburten auf natürlichem Wege ungereinigt 0,00 Prozent :

Bei 10,20 Prozent aller Resectiones wurde eine stille Uterusruptur festgestellt , bei den Geburten per vaginam keine einzige . Alle Uterusrupturen ereigneten sich ausschließlich unter Weheneinfluß in der alten zervikalen

Querschnittsnarbe.

In fünf Fällen (1,69% aller Resectiones) mußte der Uterus extirpiert werden .Dagegen konnte der Uterus in allen Fällen mit stiller Ruptur erhalten werden .

Bei 45,28 Prozent aller Frauen mit einer Resectio wurde im Rahmen der erneuten Schnittentbindung eine Sterilisation vorgenommen .

In insgesamt acht Fällen (7,41%) mußte nach der Geburt per vias naturales die Placenta manuell gelöst werden : In fünf Fällen wegen einer Placenta adhaerens, in zwei Fällen wegen einer Placenta accreta und in einem Fall wegen starker Blutung der Placenta .

In vier Fällen (3,70%) trat bei den Geburten auf natürlichem Wege eine Atonie ersten Grades auf .

Insgesamt hatten von allen Frauen , die durch eine Resectio oder per vaginam entbunden wurden , 27,07 Prozent Fieber im Wochenbett .Dabei wurde ein fieberhaftes Wochenbett bei den Frauen mit einer Resectio mehr als doppelt so häufig gesehen wie bei den Frauen mit einer Geburt auf natürlichem Wege (32,44% gegenüber 13,89%) .

Abschließend sind unter den weiteren Störungen des Wochenbettes noch die verzögerten Uterusrückbildungen aufzuführen: 13,13 Prozent aller Frauen , die durch eine Resectio oder per vaginam entbunden wurden , hatten eine solche Störung . Hinsichtlich der Häufigkeit der verzögerten Uterusrückbildungen war zwischen den Frauen mit einer Resectio und den Frauen mit einer Geburt per vias naturales kein Unterschied festzustellen (13,58% gegen 12,04%) .

Tabelle I Übersicht über die Indikationen zur ersten Schnittentbindung und den Verlauf der darauf-
folgenden Geburten.

<u>Indikationen zur Sectio</u>	<u>Gesamtzahl</u> (373 Fälle)	<u>davon wurden entbunden</u>		<u>per Resectio</u>		<u>gleiche Indikation bei</u>	
		<u>absolute</u> <u>Zahl</u>	<u>Prozent</u>	<u>absolute</u> <u>Zahl</u>	<u>Prozent</u>	<u>absolute</u> <u>Zahl</u>	<u>Prozent</u>
I. Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken, Trichterbecken	120	14	3,76%	106	28,42%	78	20,90%
II. Lage-,Haltungs-und Einstellungsanomalien	53	23	6,16%	30	8,04%	12	3,22%
III. Gestosen	12	3	0,81%	9	2,41%	1	0,27%
IV. Blutungen(Placenta praevia, vorzeitige Lösung)	27	9	2,41%	18	4,85%	1	0,27%
V. Wehenschwäche	37	8	2,14%	29	7,77%	7	1,88%
VI. drohende Asphyxie(Übertra- gung,fetale Tachykardie, fetale Bradykardie,Placenta- Insuffizienz)	71	34	9,11%	37	9,92%	5	1,34%
VII.Sonstige Indikationen	22	6	1,62%	16	4,29%	6	1,61%
VIII.unbekannte Indikationen (ohne Eintrag)	31	11	2,95%	20	5,36%	-	-
Gesamt:	373 (100%)	108	28,96%	265	71,04%	110	29,49%

Tabelle II

- 32 -

Anzahl der Aborte zwischen primärer Sectio und darauffolgender Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales . Anzahl der Frauen mit Abortus nach primärer Sectio . Angabe des Schwangerschaftsmonats, in dem die Frauen abortierten . Zeitlicher Abstand zwischen Sectio und dem(n) nachfolgenden Abort(en) in Monaten.

Anzahl der Frauen mit Abort nach Sectio

per Resectio
entbunden:
per vias naturales

Zeit zwischen Sectio
und Abort

Anzahl der

Aborte

Schwangerschaftsmonat

1	-	18 Monate	1	mens III
1	-	18 Monate	1	mens III
1	-	20 Monate	1	ohne Angabe
1	-	12 , 36 und 48 Monate	3	jeweils mens III
1	-	36 Monate	1	mens III
1	-	36 Monate	1	mens III
1	-	38 Monate	1	mens IV
1	-	36 und 48 Monate	2	mens IV und mens III
1	-	36 , 48 und 60 Monate	3	mens III , mens II , mens II
1	-	96 und 108 Monate	2	jeweils mens II
-	1	12 Monate	1	mens III
-	1	12 und 18 Monate	2	jeweils mens III
-	1	24 Monate	1	mens II
-	1	24 Monate	1	mens III
-	1	30 Monate	1	mens III
-	1	36 Monate	1	mens IV
-	1	48 Monate	1	ohne Angabe

Ergänzung zu Tabelle II Zeitlicher Abstand zwischen primärer Sectio und nachfolgendem(n) Abort(en) in Monaten.

<u>Zeitlicher Abstand zwischen Sectio und nachfolgendem Abort</u>	<u>Aborte (24)</u>	
	<u>absolute Zahl</u>	<u>Prozent</u>
bis 12 Monate	3	12,50%
13 bis 24 Monate	6	25,00%
25 bis 36 Monate	7	29,17%
37 bis 48 Monate	5	20,83%
über 48 Monate	3	12,50%
Gesamt:	24	100,00%

Tabelle III Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf nach voraus-
gegangener Sectio.

Art der Komplikationen:	Resectiones		Geburten per vias naturales	
	(265 Fälle)		(108 Fälle)	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
Hydrops gravidarum	7	2,64%	1	0,93%
Hypertonie	-	-	1	0,93%
E-H-Gestose	8	3,02%	5	4,63%
Frühgestosen (Übelkeit, Emesis, Hyperemesis)	7	2,64%	3	2,78%
Frühgeburtsbestrebungen	12	4,53%	5	4,63%
Spätabortbestrebungen	1	0,38	-	-
Abortus imminens	4	1,51%	3	2,78%
Zystitis	1	0,38%	1	0,93%
Harnwegsinfektion	1	0,38%	-	-
Pyelitis	1	0,38%	-	-
Hypotonie	3	1,13%	-	-
leichte Schmierblutungen	12	4,53%	2	1,85%
Retinablutung	1	0,38%	1	0,93%
starke Varikosis	1	0,38%	1	0,93%
Ischiasbeschwerden	-	-	1	0,93%
Anti-D-1:4	-	-	1	0,93%
Autounfall: Schnittwunden im Gesicht	-	-	1	0,93%
kleiner Cervixpolyp	-	-	1	0,93%
Appendektomie wegen akuter Appendizitis	-	-	1	0,93%
Bartholinischer Abszess	1	0,38%	-	-
Beckenvenenthrombose	1	0,38%	-	-
Migräneanfälle	1	0,38%	-	-
Psychiatrische Behandlung	1	0,38%	-	-
Kieferhöhleneiterung	1	0,38%	-	-
Diarrhöen	2	0,76%	-	-
Gesamt:	82	30,94%	36	33,35%

Tabelle IV Abstand der primären Sectio von der darauffolgenden Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales in Monaten.

<u>Abstand zwischen den Geburten:</u>	<u>Resectiones (265 Fälle)</u>		<u>Geburten per vias naturales (104 Fälle)</u>	
	<u>absolute Zahl</u>	<u>Prozent</u>	<u>absolute Zahl</u>	<u>Prozent</u>
12 Monate und weniger	5	1,89%	1	0,93%
13 bis 24 Monate	63	23,77%	19	17,60%
25 bis 36 Monate	80	30,19%	37	34,26%
27 Monate und mehr	117	44,15%	43	39,81%
keine Angaben	-	-	8	7,40%
Gesamt:	265	100,00%	108	100,00%

Der durchschnittliche Abstand der primären Sectio von der darauffolgenden Resectio beträgt:
der darauffolgenden Geburt per vias naturales beträgt: 41 Monate und 2 Tage
37 Monate und 29 Tage.

Tabelle V

Schwangerschaftsdauer der durch Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales beendeten Schwangerschaft in Tagen.

<u>Schwangerschaftsdauer:</u>	<u>Resectiones (265 Fälle)</u>		<u>Geburten per vias naturales (108 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
weniger als 250 Tage	5	1,89%	3	2,78%
250 bis 260 Tage	7	2,64%	3	2,78%
261 bis 270 Tage	31	11,70%	12	11,11%
271 bis 280 Tage	90	33,97%	36	33,34%
281 bis 290 Tage	122	46,03%	45	41,65%
mehr als 290 Tage	10	3,77%	8	7,41%
ohne Angaben	-	-	1	0,93%
Gesamt:	265	100,00%	108	100,00%

durchschnittliche Schwangerschaftsdauer bei

Resectio: 279,83 Tage
Geburt per vias naturales: 280,15 Tage

Tabelle VI Indikationen zur jetzigen Resectio.

<u>Indikationen</u>	<u>Resecciones (265 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent
<u>Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken:</u>		
Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken	62	23,37%
Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken bei Röderscher Kopfhaltung	1	0,38%
Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken bei Trichterbecken	5	1,89%
Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken bei Beckenendlage und alter II Para	1	0,38%
allgemein verengtes Becken	19	7,17%
allgemein verengtes Becken und Zwergwuchs	1	0,38%
Beckenmitte verengt	1	0,38%
Geburtsstillstand in Eröffnungs-Periode bei Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken	2	0,75%
Mißverhältnis insgesamt	92	34,70%
<u>drohende Uterusruptur</u>	58	21,88%
<u>drohende Asphyxie</u>		
intrauterine Asphyxie in Eröffnungs-Periode	1	0,38%
drohende intrauterine Asphyxie	8	3,02%
intrauterine Asphyxie wegen Nabelschnurumschlingung	3	1,13%
Nabelschnurvorfall und vorzeitiger Blasensprung	1	0,38%
Geburtsstillstand in Eröffnungs-Periode bei fetaler Tachykardie	1	0,38%
fetale Tachykardie	3	1,13%
fetale Bradykardie in Eröffnungs-Periode	3	1,13%
fetale Bradykardie in Eröffnungs-Periode bei Verdacht auf Placenta-Insuffizienz	1	0,38%
habituelle Placenta-Insuffizienz	4	1,51%
drohende Asphyxie insgesamt:	25	9,44%
<u>Lage-Haltungs-und Einstellungsanomalien:</u>		
Beckenendlage	9	3,40%
Beckenendlage und Vorliegen der Hand	1	0,38%
Beckenendlage und Mißverhältnis	2	0,75%
zweite Beckenendlage	3	1,13%
hintere Scheitelbeineinstellung bei großem Kind	1	0,38%
Querlage	1	0,38%
zweite Gesichtslage	1	0,38%

Fortsetzung der Tabelle VI Indikationen zur jetzigen Resectio.

Fortsetzung: <u>Regelwidrige Lagen:</u>	<u>Resectiones (265 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent
reine Steißlage bei Uterus bicornis	1	0,38%
vollkommene Fußlage	1	0,38%
Geburtsstillstand in Eröffnungs-Periode bei vorderer Scheitelbeineinstellung	2	0,75%
Geburtsstillstand in Eröffnungs-Periode bei Steißlage	1	0,38%
verzögerte Eröffnungsperiode bei hinterer Scheitelbeineinstellung	1	0,38%
regelwidrige Lagen insgesamt:	24	9,06%
<u>Wehenschwäche:</u>		
Primäre Wehenschwäche	13	4,90%
primäre Wehenschwäche und Beckenendlage	1	0,38%
primäre Wehenschwäche und alte II. Para	2	0,75%
primäre Wehenschwäche und unklare hohe Fieberzacken	1	0,38%
Geburtsstillstand in Eröffnungs-Periode bei primärer Wehenschwäche	6	2,26%
Wehenschwäche insgesamt:	23	8,68%
<u>Blutungen:</u>		
Verdacht auf vorzeitige Lösung	4	1,51%
Placenta praevia partialis	1	0,38%
Blutungen insgesamt:	5	1,89%
<u>Gestosen:</u>		
drohende Eklampsie	1	0,38%
Präeklampsie	1	0,38%
Gestosen insgesamt:	2	0,76%
<u>Sonstige Indikationen:</u>		
Zustand nach Sectio , erstes Kind tot	9	3,40%
Uterus myomatosus	3	1,13%
Zustand nach Myomenukleation des Uterus	1	0,38%
Zustand nach mehreren Beckenbrüchen	1	0,38%
Diabetes Mellitus	2	0,75%
Rh-Inkompatibilität	1	0,38%
Verdacht auf Rh-Inkompatibilität	1	0,38%
Armvorfall bei Schädellage	1	0,38%
Narbenstriktur des inneren Muttermundes der Cervix (Cervixstenose)	1	0,38%

Fortsetzung der Tabelle VI Indikationen zur jetzigen Resectio

Fortsetzung: Sonstige Indikationen	<u>Resectiones (265 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent
Zustand nach zwei Sectiones	2	0,75%
Zustand nach Straßmann und Zustand nach Sectio	1	0,38%
Zwillingsschwangerschaft und Zustand nach Sectio	1	0,38%
Thrombose am rechten Auge	1	0,38%
Netzhautblutungen	1	0,38%
Ablatio retinae nach Zustand nach Sectio	1	0,38%
Dubin-Jonson-Syndrom	1	0,38%
offener Duktus Botalli	1	0,38%
Sonstige Indikationen insgesamt:	29	10,95%
<u>Ohne Eintragung der Indikation</u>	7	2,64%
Gesamt:	265	100,00%
<u>Gleiche Indikation bei primärer Sectio</u> <u>und jetziger Resectio</u>	110	41,51%

Tabelle VII Lage des (der) Feten im Uterus bei Resectiones beziehungsweise Geburten per vias naturales.

<u>Kindslagen:</u>	<u>Resectiones (267 Fälle)</u>		<u>Geburten per vias naturales (111 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
Erste vordere Hinterhauptslage	202	75,66%	77	69,37%
Zweite vordere Hinterhauptslage	26	9,74%	28	25,23%
Dorsoposteriore Scheitellage	-	-	1	0,90%
Gesichtslagen	1	0,37%	-	-
Hoher Geradstand	1	0,37%	-	-
Tiefer Querstand	-	-	1	0,90%
Hintere Hinterhauptslage	5	1,87%	-	-
Beckenendlagen	29	10,87%	3	2,70%
Quer- und Schräglagen	3	1,12%	1	0,90%
Gesamt:	267	100,00%	111	100,00%

Tabelle III: Dauer der Eröffnungsperiode, Dauer der Austreibungsperiode, Dauer der Nachgeburtsperiode, gesamte Geburtsdauer bei Geburt per vias naturales, Dauer der regelmäßigen Wehen bis zur Resectio, Aufführung der primären Resectiones.

		absolute Zahl	Prozent
<u>Dauer der Eröffnungsperiode</u>	5 Stunden und weniger	62	57,42%
bei Geburt per vias naturales	6 bis 10 Stunden	39	36,10%
	mehr als 10 Stunden	7	6,48%
Gesamt:		108	100,00%
<u>Dauer der Austreibungsperiode</u>	10 Minuten und weniger	70	64,82%
bei Geburt per vias naturales	11 bis 20 Minuten	21	19,44%
	mehr als 20 Minuten	17	15,74%
Gesamt:		108	100,00%
<u>Dauer der Nachgeburtsperiode</u>	15 Minuten und weniger	102	94,44%
bei Geburt per vias naturales	mehr als 15 Minuten	6	5,56%
Gesamt:		108	100,00%
<u>gesamte Geburtsdauer</u>	2 Stunden und weniger	4	3,70%
bei Geburt per vias naturales	3 bis 5 Stunden	49	45,37%
	mehr als 5 Stunden	55	50,93%
Gesamt:		108	100,00%
<u>Dauer der regelmäßigen Wehen</u>	5 Stunden und weniger	216	81,50%
bis zur Resectio	6 bis 10 Stunden	30	11,32%
	mehr als 10 Stunden	3	1,13%
<u>primäre Resectiones</u>		16	6,05%
Gesamt:		265	100,00%

Durchschnittliche Dauer der Eröffnungsperiode bei Geburt per vias naturales: 5 Stunden und 12 Minuten.

Durchschnittliche Dauer der Austreibungsperiode bei Geburt per vias naturales: 12 Minuten.

Durchschnittliche Dauer der Nachgeburtsperiode bei Geburt per vias naturales: 9 Minuten.

Durchschnittliche Dauer der gesamten Geburt per vias naturales: 5 Stunden und 33 Minuten.

Durchschnittliche Dauer der regelmäßigen Wehen bis zur Resectio: 2 Stunden und 54,5 Minuten.

Tabelle IX Einleitung der Geburt bei Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales.

<u>Geburtseinleitung:</u>		<u>Resecciones(265 Fälle)</u>		<u>Geburt per vias naturales(108 Fälle)</u>	
		absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
einmal	6 VE Syntocinon-Dauertropf	128	48,30%	24	22,22%
zweimal	6 VE Syntocinon-Dauertropf	23	8,68%	12	11,11%
dreimal	6 VE Syntocinon-Dauertropf	7	2,64%	-	-
viermal	6 VE Syntocinon-Dauertropf	2	0,76%	-	-
Gesamt:		160	60,38%	36	33,33%
<u>Unterstützung der spontanen</u>					
<u>Wehentätigkeit:</u>					
einmal	3 VE Syntocinon-Dauertropf	17	6,43%	30	27,78%
zweimal	3 VE Syntocinon-Dauertropf	8	3,00%	-	-
Gesamt:		25	9,43%	30	27,78%

Tabelle X Vorzeitiger Blasensprung bei Geburten durch Resectio und Geburten per vias naturales.

	<u>Resectiones (265 Fälle)</u>		<u>Geburten per vias naturales (104 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
<u>Vorzeitiger Blasensprung:</u>	27	10,19%	10	9,26%

Ergänzung zu Tabelle X Angabe der Schwangerschaftswoche, in welcher der vorzeitige Blasensprung erfolgte.

	<u>Resectiones mit</u>		<u>Geburten per vias naturales mit</u>	
	<u>vorzeitigem Blasensprung (27 Fälle)</u>		<u>vorzeitigem Blasensprung (10 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
<u>Vorzeitiger Blasensprung:</u>				
36.SSW und weniger	4	14,82%	3	30%
37. bis 38. SSW	3	11,11%	-	-
39. bis 40. SSW	12	44,44%	6	60%
mehr als 40.SSW	8	29,63	1	10%
<u>Gesamt:</u>	27	100,00%	10	100%

Tabelle XI Muttermundsbefund in Zentimeter bei Resectio.

Muttermundsbefund(in Zentimeter):

	<u>Resectiones (265 Fälle)</u>	
	<u>absolute Zahl</u>	<u>Prozent</u>
geschlossen	9	3,39%
zwei Zentimeter und weniger	124	46,80%
drei bis fünf Zentimeter	68	25,66%
sechs bis acht Zentimeter	16	6,04%
keine Eintragung	48	18,11%
Gesamt:	265	100,00%

Tabelle II Besonderheiten im Operationsbericht bei den Geburten durch
Resectio . Operative mütterliche Mortalität.

<u>Besonderheiten im Operationsbericht:</u>	<u>Resectiones (265 Fälle)</u>	
	<u>absolute Zahl</u>	<u>Prozent</u>
stille Uterus-Rupturen	27	10,20%
Weiterreißen der alten Sectionnarbe während der Resectio	19	7,16%
starke Blutung während der Resectio (über 400 ml Blutverlust)	23	8,68%
Benützung der alten Längsschnittnarbe, ohne Folgen	3	1,13%
neuer korporaler Längsschnitt nötig wegen Enge	2	0,76%
neuer zervikaler Querschnitt nötig wegen Verkleben von Blase und Uterus	1	0,38%
Kind mit Skalpell in Kopfhaut geschnitten, da Uterusvorderwand papierdünn	1	0,38%
Appendektomie im Rahmen der Resectio	1	0,38%
Extirpation einer Para-Ovarial-Zyste	2	0,76%
Extirpation einer Ovarial-Zyste	1	0,38%
Verwachsung der Uterusvorderfläche mit Bauchwand	3	1,13%
frauenfaustgroßes Hämatom im Parametrium	2	0,76%
Hämatom in Uteruswunde	2	0,76%
Feststellung eines Uterus arcuatus	2	0,76%
Läsion der Blase während Resectio	8	3,02%
einfache Nabelschnurumschlingung	2	0,76%
dreifache Nabelschnurumschlingung	1	0,38%
Nabelschnurknoten	1	0,38%
Operative mütterliche Mortalität	0	0,00%

Ergänzung zu

Tabelle XII

Abstand der Resectiones mit stiller Uterusruptur von der vorausgegangenen primären Sectio in Monaten.

Zeitlicher Abstand zwischen Sectio und Resectio mit stiller Uterusruptur:

	Resectiones mit stiller Uterusruptur(27 Fälle)	
	absolute Zahl	Prozent
12 Monate	1	3,70%
13 bis 24 Monate	4	14,82%
25 bis 36 Monate	9	33,33%
37 bis 48 Monate	8	29,64%
49 bis 60 Monate	2	7,40%
61 bis 72 Monate	-	-
73 bis 84 Monate	-	-
85 bis 96 Monate	3	11,11%
Gesamt:	27	100,00%

Anmerkung: Bei den Geburten per vias naturales wurde keine einzige Uterusruptur festgestellt.

Tabelle XIII Besonderheiten im Operationsbericht bei den Geburten per vias naturales . Portio-Einstellungen und manuelle Nachtastungen . Spontangeburt . Operative mütterliche Mortalität .

	Geburt per vias naturales (103 Fälle)	
	absolute Zahl	Prozent
<u>Besonderheiten im Operationsbericht:</u>		
Abreißen der Glocke bei Vakuum-Extraktion : Neubeginn	1	0,93%
einfache Nabelschnurumschlingung	2	1,85%
doppelte Nabelschnurumschlingung	3	2,71%
dreifache Nabelschnurumschlingung	2	1,85%
Manuallhilfe nach Bracht bei Beckenendlage	1	0,93%
Müllersche Armlösung und Entwicklung nach Veit-Smellie bei Beckenendlage	1	0,93%
Scheidenriß	8	7,41%
Episiotomie weiter eingerissen	4	3,70%
Zervixriß	4	3,70%
Portio-Einstellung wegen Verdacht auf Zervixriß	10	9,26%
manuelle Nachtastung: Ohne Befund	18	16,65%
manuelle Nachtastung: Entfernung kleiner Placentarest	2	1,85%
Spontangeburt (sechs aus I.vorderer Hinterhauptslage, zwei aus II.vorderer Hinterhauptslage)	8	7,41%
Operative mütterliche Mortalität	0	0,00%

Tabelle XIV Geburtsleitung bei den Vakuum-Extraktionen.

		Vakuum-Extraktionen (97 Fälle)	
		absolute Zahl	Prozent
Vakuum-Extraktion aus Beckenmitte		2	2,06%
Vakuum-Extraktion aus Interspinallebene		1	1,03%
Vakuum-Extraktion zwei Querfinger über Beckenboden		5	5,15%
Vakuum-Extraktion ein Querfinger über Beckenboden		6	6,19%
Vakuum-Extraktion vom Beckenboden aus		83	85,57%
Gesamt:		97	100,00%
Benützung der dreier Glocke bei der Vakuum-Extraktion		1	1,03%
Benützung der fünfer Glocke bei der Vakuum-Extraktion		94	96,91%
Benützung der sechser Glocke bei der Vakuum-Extraktion		2	2,06%
Gesamt:		97	100,00%
Entwicklung des kindlichen Kopfes bei der Vakuum-Extraktion in:			
einer wehensynchronen Traktion		60	61,86%
zwei wehensynchronen Traktionen		33	34,02%
drei wehensynchronen Traktionen		4	4,12%
Gesamt:		97	100,00%

Tabelle XV Geburtshilfliche Operationen bei den drei Zwillingsgeburten und der Drillingsgeburt.

Erste Zwillingsgeburt:

Entwicklung des ersten Zwillings durch Vakuum-Extraktion bei zweiter vorderer Hinterhauptslage.
Entwicklung des zweiten Zwillings durch Vakuum-Extraktion bei zweiter vorderer Hinterhauptslage.

Zweite Zwillingsgeburt:

Entwicklung des ersten Zwillings durch Resectio aus erster Schädellage.
Entwicklung des zweiten Zwillings durch Resectio aus zweiter Steißlage.

Dritte Zwillingsgeburt:

Entwicklung des ersten Zwillings durch Resectio aus erster Schädellage.
Entwicklung des zweiten Zwillings durch Resectio aus Querlage.

Drillingsgeburt:

Entwicklung des ersten Drillings durch Vakuum-Extraktion aus Beckenmitte bei zweiter vorderer Hinterhauptslage.
Entwicklung des zweiten Drillings durch ganze Extraktion mit Müllerscher Armlösung und Veit-Smellie bei zweiter vollkommener Fußlage.
Entwicklung des dritten Drillings durch Wendung auf beide Füßchen , ganze Extraktion und Entwicklung nach Bracht bei dorsosuperiorer Querlage.

Tabelle XVI Uterusextirpationen und Sterilisationen bei Geburten durch Resectio.

		<u>Resectiones (265 Fälle)</u>	
		<u>absolute Zahl</u>	<u>Prozent</u>
<u>Uterusextirpationen:</u>			
wegen Uterus myomatosus		3	1,13%
wegen nicht zu näherer Rißblutung bis in die Vagina		2	0,76%
Gesamt:		5	1,89%
<u>Sterilisationen:</u>			
nach zweiter Sectio		92	34,71%
nach dritter Sectio		28	10,57%
Gesamt:		120	45,28%
<u>oder:</u>			
<u>Sterilisationen:</u>			
nach einem lebendem Kind		2	0,76%
nach zweitem lebenden Kind		82	30,93%
nach drittem lebenden Kind		32	12,08%
nach viertem lebenden Kind		3	1,13%
nach sechstem lebenden Kind		1	0,38%
Gesamt:		120	45,28%

Tabelle VIII Zustand der Neugeborenen: Gewicht, Länge, Apgar nach einer Minute, Kopfumfang frontal-occipital, Reifegrad, Geschlecht, Frühgeburtenzahl und Zahl der Kinder mit Asphyxiebehandlung. Perinatale Mortalität. Getrennte Aufführung der Zwillinge und Drillinge.

	<u>Resecciones</u> (267 Kinder)		<u>Geburt per vias naturales</u> (111 Kinder)	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
<u>Gewicht:</u>				
unter 2500 Gramm	9	3,37%	6	5,40%
2500 bis 3000 Gramm	33	12,36%	19	17,12%
unter 3500 Gramm	103	38,58%	33	29,73%
3500 Gramm und mehr	122	45,69%	53	47,75%
Gesamt:	267	100,00%	111	100,00%
<u>Länge:</u>				
unter 50cm	40	14,98%	16	14,41%
50cm und mehr	227	85,02%	95	85,59%
Gesamt:	267	100,00%	111	100,00%
<u>Apgar nach einer Minute:</u>				
1 - 4	7	2,62%	2	1,80%
5 - 7	46	17,23%	10	9,01%
8 - 10	214	80,15%	99	89,19%
Gesamt:	267	100,00%	111	100,00%
<u>Kopfumfang frontal-occipital:</u>				
35 cm und weniger	118	44,20%	57	51,35%
39 cm und weniger	147	55,05%	54	48,65%
mehr als 39 cm	2	0,75%	-	-
Gesamt:	267	100,00%	111	100,00%
<u>Reifegrad:</u>				
unreif	3	1,12%	6	5,40%
nahezu reif	12	4,50%	4	3,60%
reif	234	87,63%	92	82,89%
angedeutet überreif	13	4,87%	7	6,31%
überreif	5	1,88%	2	1,80%
Gesamt:	267	100,00%	111	100,00%

Fortsetzung der Tabelle XVII Zustand der Neugeborenen.

	<u>Resectiones</u>		<u>Geburt per vias naturales</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
<u>Geschlecht:</u>				
Knaben	134	50,19%	58	53,25%
Mädchen	133	49,81%	53	47,75%
Gesamt:	267	100,00%	111	100,00%
<u>Asphyxiebehandlungen:</u>	53	19,85%	12	10,81%
<u>Frühgeburten:</u>	9	3,37%	6	5,40%
<u>Anzahl der Zwillingsgeburten:</u>	2	0,75%	1	0,90%
<u>Anzahl der Drillingsgeburten:</u>	-	-	1	0,90%
<u>Perinatale Mortalität:</u>	0	0,00%	0	0,00%

Zwillinge:

- I. 2500g schwer , 48cm lang , Apgar: 10 , Kopfumfang: 33cm , Reifegrad: reif , Geschlecht: weiblich.
- II. 2500g schwer , 47cm lang , Apgar: 9 , Kopfumfang: 31,5cm , Reifegrad: reif , Geschlecht: weiblich.
- I. 3040g schwer , 51cm lang , Apgar: 7,8,9 , Kopfumfang: 34cm , Reifegrad: reif , Geschlecht: männlich , Asphyxiebehandlung.
- II. 2940g schwer , 51cm lang , Apgar: 5,7,9 , Kopfumfang: 34cm , Reifegrad: reif , Geschlecht: männlich , Asphyxiebehandlung.
- I. 2910g schwer , 48cm lang , Apgar: 10 , Kopfumfang: 34cm , Reifegrad: reif , Geschlecht: weiblich.
- II. 2500g schwer , 47cm lang , Apgar: 10 , Kopfumfang: 33cm , Reifegrad: reif , Geschlecht: weiblich.

Drillinge:

- I. 1870g schwer , 43cm lang , Apgar: 8 , Kopfumfang: 32cm , Reifegrad: unreif , Geschlecht: männlich , Frühgeburt , Asphyxiebehandlung.
- II. 2170g schwer , 46cm lang , Apgar: 5,9 , Kopfumfang: 32cm , Reifegrad: unreif , Geschlecht: männlich , Frühgeburt , Asphyxiebehandlung.
- III. 1500g schwer , 38cm lang , Apgar: 8 , Kopfumfang: 32cm , Reifegrad: unreif , Geschlecht: weiblich , Frühgeburt , Asphyxiebehandlung.

Tabelle VIII Besonderheiten beim Neugeborenen, entwickelt durch
Resectio beziehungsweise per vias naturales.

<u>Besonderheiten beim Neugeborenen:</u>	<u>Resectiones</u>		<u>Geburt per vias naturales</u>	
	<u>(267 Kinder)</u>		<u>(111 Kinder)</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
Ausgleichbare Zwangsfußhaltungen	13	4,82%	12	10,80%
Konjunktivitis	1	0,37%	2	1,80%
kleine Struma	3	1,12%	1	0,90%
Neugeborenen-Exanthem	6	2,22%	4	3,60%
Präpubische Odeme	4	1,49%	2	1,80%
Hydrocele testis	3	1,12%	2	1,80%
Zyanose	1	0,37%	2	1,80%
Kephalhämatom	-	-	12	10,80%
Pädatrophie	-	-	3	2,70%
Ikterus neonatorum	8	2,96%	11	9,90%
Hyperbilirubinämie	6	2,22%	4	3,60%
Gynäkomastie	1	0,27%	1	0,90%
Frühgeborenen-Anämie	-	-	3	2,70%
kleines Ohranhängsel	3	1,12%	-	-
Atemnotsyndrom	1	0,37%	-	-
Schmierauge	2	0,74%	-	-
Adaptionsschwäche	1	0,37%	-	-
Verdacht auf Hypoglykämie	1	0,37%	-	-
Nabelgranulom	2	0,74%	-	-
Verdacht auf Cardiospasmus	1	0,37%	-	-
Aspiration	3	1,12%	-	-
Dystrophie	1	0,37%	-	-
Staphyloken-Rhinitis	3	1,12%	-	-
zeitweise leichtes Sonnen- untergangsphänomen	1	0,37%	-	-
große Fontanelle	1	0,37%	-	-
Naevus auf der Brust	1	0,37%	-	-
Naevus am Oberschenkel	1	0,37%	-	-
Neugeborenen-Erbrechen	1	0,37%	-	-
Hypalbuminämie	1	0,37%	-	-
inkonstanter Strabismus konvergens	1	0,37%	-	-
leichte Gesichtsasymetrie	2	0,74%	-	-
leichte Schädelasymetrie	1	0,37%	-	-
Gesamt:	74	27,38%	59	53,10%

Tabelle XIX Mißbildungen beim Neugeborenen, entwickelt durch Resectio
beziehungsweise per vias naturales.

Mißbildungen:	Resectiones (276 Kinder)		Geburt per vias naturales (111 Kinder)	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
Hypospadie	1	0,37%	1	0,90%
Dysplasie	1	0,37%	-	-
kleine Steißbeinfistel	1	0,37%	-	-
Kryptorchismus rechts	2	0,74%	-	-
vollkommene Spaltbildung des Gaumens	-	-	1	0,90%
Vitium cordis	1	0,37%	-	-
Verdacht auf Transposition der großen Gefäße	1	0,37%	-	-
Verdacht auf Mongolismus	1	0,37%	-	-
Klumpfuß	2	0,74%	-	-
Gesamt:	10	3,70%	2	1,80%

Tabelle XX Vorzeitige Lösung der Placenta, Placenta praevia und Störungen post partum: Atonie, Placenta adhaerens, Placenta accreta bei Geburten per Resectio und Geburten per vias naturales.

	<u>Resectiones (265 Fälle)</u>		<u>Geburten per vias naturales (108 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
Placenta praevia partialis	1	0,38%	-	-
vorzeitige Lösung der Placenta	4	1,51%	-	-
manuelle Lösung bei Placenta-adhaerens	-	-	5	4,63%
manuelle Lösung der Placenta wegen Blutung	-	-	1	0,93%
manuelle Lösung der Placenta bei Placenta- accreta	-	-	2	1,85%
Atonie ersten Grades (300 bis 600 ml)	-	-	4	3,70%
Gesamt:	5	1,89%	12	11,11%

Tabelle XXI Komplikationen im Wochenbett: Sekundäre Anämien, Bluttransfusionen während der Operation und im Wochenbett, verzögerte Uterusrückbildung, Wundheilungsstörungen, Endometritis, Lochialstauung, Thrombosen, Embolien, Varikosis, Hämorrhoiden, Fieber, Infektionen und sonstige Erkrankungen. Postoperative mütterliche Mortalität.

<u>Art der Störung</u>	<u>Resectiones</u> (265 Fälle)		<u>Geburt per vias naturales</u> (108 Fälle)	
	<u>absolute</u> Zahl	<u>Prozent</u>	<u>absolute</u> Zahl	<u>Prozent</u>
<u>Sekundäre Anämien:</u>				
Hb-Gehalt kleiner als 12 g%	44	16,60%	26	24,07%
Hb-Gehalt kleiner als 10 g%	31	11,70%	8	7,41%
Hb-Gehalt kleiner als 8 g%	4	1,51%	3	2,78%
Gesamt:	79	29,81%	37	34,26%
<u>Transfusionen während der Operation:</u>				
einmal 400 ml	1	0,38%	-	-
zweimal 400 ml	3	1,13%	-	-
viermal 400 ml	1	0,38%	-	-
<u>Transfusionen im Wochenbett:</u>				
einmal 400 ml	12	4,53%	5	4,63%
zweimal 400 ml	6	2,26%	1	0,93%
einmal 200 ml	1	0,38%	-	-
<u>Transfusionen nach Atonie I. Grades:</u>				
einmal 400 ml	-	-	2	1,85%
Gesamt:	24	9,06%	8	7,41%
<u>Verzögerte Uterusrückbildung:</u>	36	13,58%	13	12,04%
<u>Endometritis:</u>	-	-	5	4,63%
<u>Lochialstauung:</u>	2	0,76%	1	0,93%
<u>Wundheilungsstörungen:</u>				
Narbenserom:	12	4,53%	-	-
Hämatom im Wundbereich:	2	0,76%	-	-
Infiltratbildung im Parametrium	1	0,38%	1	0,93%
multiple Eiterherde am Sectioschnitt	1	0,38%	-	-
nach Uterusamputation doppelseitiges entzündliches Stumpfinfiltrat	1	0,38%	-	-
Hämatom im Episiotomie-Bereich	-	-	2	1,85%
Gesamt:	17	6,43%	3	2,78%
<u>Thrombosen (Beckenvenenthrombose):</u>	1	0,38%	-	-
<u>Thrombophlebitis am Bein:</u>	3	1,13%	-	-
<u>Embolien:</u>	-	-	-	-

<u>Art der Störung</u>	<u>Resectiones</u>		<u>Geburt per vias naturales</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
<u>Thromboseprophylaxe:</u>	3	1,13%	1	0,93%
<u>starke Varikosis:</u>	7	2,64%	9	8,33%
<u>starke Hämorrhoiden:</u>	2	0,76%	-	-
<u>Fieber:</u>				
weniger als 39 Grad	32	12,07%	10	9,26%
39 bis 40 Grad	50	18,86%	5	4,63%
mehr als 40 Grad	4	1,51%	-	-
Gesamt:	86	32,44%	15	13,89%
<u>Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege:</u>				
akutes Nierenversagen wegen E-H-Gestose und Sectio	1	0,38%	-	-
rechtsseitige Pyelitis	1	0,38%	-	-
relative Ureter-Stenosierung	1	0,38%	-	-
Zystitis	4	1,51%	3	2,78%
Zystopyelitis	-	-	1	0,93%
Bakteriurie wegen Harnwegsinfektion	25	9,43%	16	14,81%
Gesamt:	32	12,08%	20	18,52%
<u>Sonstige Infektionen und Erkrankungen:</u>				
Wochenbettpsychose	2	0,76%	-	-
Motorische obere Armplexusparese	1	0,38%	-	-
Subileus	1	0,38%	-	-
Morbus Sprue	1	0,38	-	-
Soorvulvitis	1	0,38%	2	1,85%
Vesiko-Rektalfistel	1	0,38%	-	-
Hautallergie	2	0,76%	-	-
LWS-Syndrom	1	0,38%	-	-
Pneumonie	1	0,38	-	-
Bronchitis	-	-	1	0,93%
Grippaler Infekt	-	-	2	1,85%
Sinusitis maxillaris	-	-	1	0,93%
beginnende Otitis media	-	-	1	0,93%
Herzbeutelentzündung	-	-	1	0,93%
Gesamt:	11	4,16%	8	7,42%
<u>Postoperative mütterliche Mortalität:</u>	0	0,00%	0	0,00%

Tabelle XXII Liegedauer in Tagen nach Geburt durch eine Resectio beziehungsweise Geburt per vias naturales.

<u>Liegedauer</u>	<u>Frauen mit Resectio (265 Fälle)</u>		<u>Frauen mit Geburt per vias naturales (108 Fälle)</u>	
	absolute Zahl	Prozent	absolute Zahl	Prozent
12 Tage und weniger	101	38,11%	-	-
mehr als 12 Tage	163	61,51%	-	-
keine Eintragung	1	0,38%	-	-
Gesamt:	265	100,00%	-	-
8 Tage und weniger	-	-	83	76,85%
mehr als 8 Tage	-	-	25	23,15%
Gesamt:	-	-	108	100,00%
Durchschnittliche Liegedauer in Tagen nach Geburt durch Resectio:			13,18 Tage	
Durchschnittliche Liegedauer in Tagen nach Geburt per vias naturales:			7,94 Tage	

Literaturverzeichnis

- 1.) F r a n k e , H.: Häufigkeit und Verlauf von Spontangeburt nach primärer Sectio caesarea an der Universitäts-Frauenklinik Greifswald in den Jahren 1948 - 1969 .
Zbl.Gynäk. 20 (1971) 678
- 2.) G o l o b , E.: Geburt nach Kaiserschnitt.
Zbl.Gynäk. 16 (1963) 542
- 3.) H e r r e , H.-D.: Geburten nach Kaiserschnitt.
Zbl.Gynäk. 52 (1962) 2025
- 4.) H i r d e s , G. u. S c h m i d t , J.: Entbindungen nach vorausgegangenem Kaiserschnitt.
Dtsch.Ärzt.bl. 50 (1973) 3436
- 5.) H o l l s t e i n , K.: Schwangerschaft und Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt.
Med.Klin. 53 (1960) 2358
- 6.) S c h i l l i n g , J.: Vaginale Entbindungen nach vorausgegangenem Kaiserschnitt.
Zbl.Gynäk. 9 (1966) 245
- 7.) W a r m , R.: Der Partus nach vorausgegangener Sectio caesarea.
Zbl.Gynäk. 52 (1962) 2015

Lebenslauf

Geboren am 27.10.1949 in München.

1955 Eintritt in die Volksschule an der Rothbuchenstraße
in München.

1961 Übertritt in das math.-nat. Asam-Gymnasium in München.

1969 Bestehen des Abiturs an obigem Gymnasium.

1969 Beginn des Studiums der allg. Naturwissenschaften
an der Universität München.

1970 Fachwechsel: Beginn des Studiums der Humanmedizin an
der Universität München.

1971 Bestehen der naturwissenschaftlichen Vorprüfung an der
Universität München.

1973 Bestehen der ärztlichen Vorprüfung an der Universität
München.

17.12.1976 Bestehen des medizinischen Staatsexamens an der
Universität München.

21.12.1976 Absolvierung der mündlichen Doktorprüfung .



